



DIPLOMATES AMERICAN BOARD OF
ORAL & MAXILLOFACIAL SURGERY

DR. ATILANO LEON
DR. JOSE A. MORALES
DR. EDGAR ECHEVARRIA
DR. JOSE FCO. LAZARO

- IMPLANTES
- ARTROSCOPIA
- SEDACION
- TRAUMA
- CIRUGIA ORTOGNATICA
- EXTRACCIONES

27 de marzo de 2007

Kim, Pardy & Rodriguez, P. A.
P. O. Box 3747
Orlando, FL 32802-3747

Re: Miguel A. Rullan-Fontanet
121-28-8541

Estimados Señores:

En el caso de referencia nuestros costo por copia del expediente es de quince dolares **(\$15.00)**.

Atentamente,

Yanira Nieves Corujo
Yanira Nieves Corujo
Secretaria

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre Miguel A Rullán Fontanet Fecha 7 marzo 2006
 Dirección Postal URB VILLA ESPAÑA SALAMANCA C-15 Bay. 00961
 Dirección Residencial igual Tel. Residencia 787-740-0499
 Seg. Social 121-28-8541 Fecha Nac. 9 abril 1925 Estado Civil: ☐ S ☒ AC ☐ D ☐ V 5302683 hijo
 Patrono — Ocupación — Tel. Trabajo —
 Nombre del Padre, Madre, Esposo(a) o Tutor Legal —
 Referido Por: — Otro Teléfono —

INFORMACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre del Asegurado Principal igual Parentesco —
 Patrono — Ocupación — Tel. Trabajo —
 Seg. Social — Fecha Nac. — Estado Civil: ☐ S ☐ C ☐ D ☐ V
 Número de Contrato del Plan — Nombre del Plan —

CUESTIONARIO MEDICO

1. ¿Está bajo tratamiento médico actualmente? Si (mieloma multiple) Frederia
 Nombre del médico DR. Sobrino (oncólogo)
 2. ¿Está tomando alguna medicina o droga? Synthroid, Mimpres, Teal Aderia
 3. Motivo de visita (especifique) OTRA opinion estado en el lado izquierdo.

4. Favor de marcar si padece o ha padecido de:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Anemia | <input checked="" type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Usa Alcohol |
| <input checked="" type="checkbox"/> Alta Presión <u>controlada</u> | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fuma Cigarrillos |
| <input type="checkbox"/> Trombosis | <input type="checkbox"/> Transfusiones | <input type="checkbox"/> Alérgias a: |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Asma (Fatiga) | <input type="checkbox"/> Aspirina |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Pulmones | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Anestesia Local |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Golpes en la Cara |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Otros |

5. Hospitalizaciones previas (especifique) —

6. Operaciones previas (especifique) —

7. ¿Ha estado bajo tratamiento con alguno de los siguientes medicamentos? —

Tranquilizantes — Cortisona — Anticuaugulantes — Antibióticos —
 Otros —

8. Para mujeres solamente:

¿Está embarazada? — ¿Cuántos meses? —

¿Es su menstruación regular? — ¿Usa Anti-Conceptivos? —

9. ¿Qué tipo de experiencia dental ha tenido: Agradable — Regular — Pobre —

¿Se considera nervioso o tenso? —

¿Qué tipo de anestesia prefiere? General — Local con algún tipo de sedación —

Local —

Estado Presente

única cirugía oral.
Tx. en RCM - ~~perio~~ - por hueso
exposición - Le han raspado hueso 2 veces
Tr 10 Oz hiperbólico.

Examen Extraoral

Examen Intraoral

Taj. granulomatosa bacte
alveolar derecha. (area 28-30).

Examen Radiográfico

Impresión Diagnóstica

Biphosphonate bone resorptions

Plan de Tratamiento

obs.

Por la presente autorizo a los Doctores Morales, León, Echevarría y/o Lázaro a practicar en mi persona (hijo/hija) el plan de tratamiento que a su mejor entender sea el más apropiado. Se me han explicado las limitaciones o complicaciones de dicho tratamiento.

Firma del Paciente

Firma del Cirujano Oral

Firma de Persona Encargada o Testigo

[illegible]

DR. ANGEL M. OTERO VIERA
CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL
CALLE I #47 URB. HNAS. DAVILA
BAYAMON, PR 00959
TEL. 787-786-8540 FAX. 787-995-0431

8 DE MARZO DE 2007

A : Kim. Pardy & Rodríguez, P.A.


De : Dr. Ángel M. Otero Viera

Por: Reporte y copia de expediente del Sr. Miguel Rullan

Honorarios: Setenta y cinco (\$75.00) dólares

DR. ANGEL M. OTERO VIERA
CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL
CALLE I #47 URB. HNAS. DAVILA
BAYAMON, PR 00959
TEL. 787-786-8540 FAX. 787-995-0431

8 de marzo de 2007

Kim, Pardy & Rodríguez, P.A.
230 East Marks Street
Orlando, Florida 32803

Estimados Señores:

Sirva la presente como un resumen del tratamiento del paciente Miguel Rullan en mi oficina y poner en claro las notas de progreso ya que algunas de ellas pueden ser un poco difícil de entender por mi escritura.

El Sr. Rullan vino a mi oficina por primera vez en agosto 27 del 2004 referido por otro cirujano oral y maxilofacial, el Dr. Roberto Pacheco. En el referido de agosto 8 de 2004 del Dr. Pacheco este indicaba que el Sr. Rullan presentaba una infección en la mandíbula del lado derecho posterior a una extracción que le había hecho su dentista. La impresión diagnóstica del Dr. Pacheco en este momento era de "Osteomielitis" de mandíbula. En su nota, al igual que lo indicaba en el historial suministrado por el Sr. Rullan en mi expediente, indicaba que el paciente además tenía un diagnóstico de "Mieloma Múltiple" por el cual estaba siendo tratado.

La razón del referido del Dr. Pacheco a mi persona era porque el quería que el paciente fuese referido al Centro Medico, y ya que yo trabajo en el Reciento de Ciencias medicas, el quería que yo agilizara para que lo vieran pronto, lo cual hice y referí al Sr. Rullan a nuestra clínica (copia del referido esta incluido).

El paciente fue tratado en Centro Medico y yo volví a verlo en:

10/16/04 Área cicatrizando bien después de tratamiento en Centro Medico. Se dio receta y cita para verlo en tres (3) semanas.

11/03/04 Paciente esta mejor todavía. Hay hueso expuesto y se dio jeringuilla para irrigar y cita en 2 semanas.

05/16/05 Dolor área #25, posible endo. Haré consulta de endo (ver copia incluida). Se dio receta.

07/20/05 El paciente había sido referido a mi oficina otra vez en 07/12/05 por su dentista (ver nota). En la cita de hoy hay "evidencia de infección en área de osteomielitis, se comenzara en antibiótico para luego hacer carretaje del área para ver si no hay que volver a darle oxígeno hiperbárico".

07/22/05 Paciente debidamente premeditado se hizo limpieza del área mandibular derecha. Se suturo y se dio instrucciones.

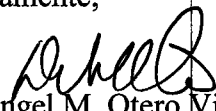
No volví a ver al paciente más hasta:

02/22/06 Al paciente le dieron el oxígeno hiperbárico y se le da seguimiento. En la escuela le quieren sacar todos los dientes. El desea le recomiende una segunda opinión de endo.

06/15/06 Al paciente le recomendó su otro cirujano oral que debía continuar en antibiótico. Se repitió la receta.

Esta fue la última vez que vi. al paciente. De necesitar alguna otra información o si hay alguna otra cosa en que yo pueda ayudar me lo dejan saber.

Atentamente;


Dr. Ángel M. Otero Viera

Cirugía Oral y Maxilofacial

Bienvenidos

Nombre Miguel A Rollán Fontanet Edad 79 Fecha Nac. 9 / Abr. / 1925
 Dirección Urb. Villa España calle Salamanca C-15
Bayamón, P.R. 009 Teléfono 787-740-0499
 Estado Civil CASADO Sexo M Peso 175 lbs.
 Nombre y Dirección de Trabajo N/A Maria (530-2683) citolas
 Teléfono N/A
 Ocupación N/A Seguro Social 121-28-8541
 Plan Médico Dr. Plan Dental X
 Nombre de su Médico Dr. Roberto Pacheco Su Dentista Dr. Roberto Pacheco
 Paciente Referido por Dr. Roberto Pacheco
 Nombre del Padre o Cónyuge Maria M. BAS
 MOTIVO DE SU VISITA: Referido Dr. Roberto Pacheco

HISTORIAL MEDICO (Circule SI o NO)

¿Está o ha estado bajo tratamiento médico? ¿Por qué?

☒ Si

No

Miéloma múltiple

¿Está tomando alguna medicina? ¿Cuál?

☒ Si

No

talidomide - decadron - Sindroy - para Presión

¿Tiene problemas que sangra mucho (No coagula bien)?

¿Está embarazada? Si contestas si, ¿cuántos meses?

Si

☒ No

¿Ha sido operado u hospitalizado?

Si

☒ No

Propósito y Fecha:

☒ Si

No

1.

¿Es alérgico a alguna droga?
Marque con XNO

ASPIRINA

NO

PENICILINA

NO

CODEINA

NO

ANESTESICOS LOCALES

NO

OTROS:

¿Tiene o ha tenido estas enfermedades o problemas?

() Angina o Corazón
() Soplo en el Corazón☒ Presión Alta
() Asma o Pulmón() Fiebre Reumática
() Diabetes / Hipoglucemia() Hepatitis o Hígado
() Úlceras gastrointestinal
() Epilepsia
() Anemia
() HIV Positivo() Riñones
☒ Cáncer
() Nervioso
() Sinusitis
() Fumar☒ Tiroides
☒ Artritis
() Mareos
() Otros

¿Alguna información médica que crea conveniente que sepamos?

Fecha 27 de Agosto 04 Firma Miguel Rollán

CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
DR. ANGEL M. OTERO VIERA
DR. RAFAEL RAMIREZ DIAZ

CONSENTIMIENTO PARA
CIRUGIA ORAL, MAXILOFACIAL Y ANESTESIA

1. Por este medio autorizo al Dr. A. Otero para tratar la siguiente condición: Emulsa de Resin de Maltas.

2. Los procedimientos necesarios para tratar esta condición me han sido explicados y entiendo que constan de: Se Aplica C.M. con Maltas de Legal.

Entiendo que el propósito de hacer esta cirugía es tratar y posiblemente corregir mi condición. El doctor me ha aconsejado que si esta condición persiste sin tratamiento o cirugía podría empeorar mi condición. He sido informado de tratamientos alternos, si alguno.

3. El doctor me ha explicado que hay ciertos riesgos inherentes en la cirugía que podrían ocurrir tales como:

- Molestia e hinchazón facial post-quirurgica por varios días.
- Hemorragia, infección y/o limitación en abrir la boca por varios días
- Daño al nervio cerca de los dientes resultando en adormecimiento del labio, encías y/o lengua del lado operado, esto puede persistir por varias semanas, meses y en remotas ocasiones permanente.
- Apertura en el seno maxilar requiriendo cirugía adicional.
- OTRAS: _____

4. Consiento en la administración de anestesia local y/o sedación intravenosa o con Oxido de Nitroso (gas) para poder llevar a cabo la cirugía.

5. Entiendo que los anestésicos, medicamentos y recetas pueden producir sueño y falta de coordinación por lo tanto se me ha explicado que no debo ingerir alcohol o guiar vehículos mientras esté bajo el efecto de los medicamentos o por lo menos en las próximas 24 horas después de la cirugía o hasta que me recupere de los efectos de los medicamentos.

CERTIFICO QUE HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER Y ENTENDER ESTE
CONSENTIMIENTO PARA LA CIRUGIA QUE SE ME HA EXPLICADO.

+ Miguel Rullon
Paciente, Padres.

27 de Agosto 2004
Fecha

Ramirez
Médico

08/27/04
Fecha

CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
DR. ANGEL M. OTERO VIERA
DR. RAFAEL RAMIREZ DIAZ
CALLE I #47 HERMANAS DAVILA
BAYAMON, P.R. 00959
TELS. 786-8540 / 786-8067

ACUSE DE RECIBO NOTIFICACION DE PRIVACIDAD

Yo, Miguel A. Rollán, he recibido una copia de la
Notificación de Política de Privacidad de esta oficina dental.

Miguel A. Rollán
Nombre de Paciente

Miguel Rollán
Firma

Parentesco

27 Agosto 04
Fecha

DR. ROBERTO PALMERO-VÁZQUEZ
CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
AVE. AGUAS BUENAS, BLQ. 20 # 42-A
URB. SANTA ROSA, BAYAMON, P.R. 00959

TELEPHONE 786-3538

8/19/04.
Re: Miguel Rullán Fontana.
79410 ♂

Chief Resident
OMF Clinic
PRMC

Dear Sir:

Thank you for my office for
management of infected lesion in (R)
lower mandible 2nd dental & torus.
He of multiple myeloma on chemotherapy.
Examp. Osteomyelitis.

Please Manage,
Thanks,

[Signature]

DR. ANGEL M. OTERO VIERA
DR. RAFAEL RAMIREZ DIAZ



CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Calle I #47
Urbanización Hermanas Dávila
Bayamón, Puerto Rico 00959
TELS. OFICINA: 786-8540 / 786-8067

08/27/04

Estimada Dra. Ramos

Don Miguel es el paciente del cual
le hablo. Le sometieron al # 20 hace
dos meses y no ha cicatrizado bien
porque esta infectado. Hay mal olor

Dra. Ramos.

Agradeciendo su atención y pronta res.

Atentamente.

Ramirez

FROM THE DES

MAYRA M. LEGRAND FLORES, D.M.D.

Odontología General
Ave. Main Bloque 30-13B Urb. Santa Rosa
Bayamón, PR 00959
Teléfono: (787) 778-6349

Estimado Sr:

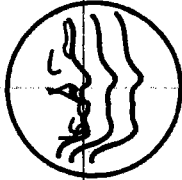
7/12/05

Saludo!

Me gustaría evaluar a Dr
Miguel Rullón en el área
mandibular derecha. Encuentro
que el área está bien inflamada
y dado que es el área superior y
osteomielitis me gustaría que lo
viera. También necesita extracción
de #5 y #15. que son raíces
retenidas.

Muchas Gracias!
MB

DR. ANGEL M. OTERO VIERA
DR. RAFAEL RAMIREZ DIAZ



CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Calle I -47
Urbanización Hermanas Dávila
Bayamón, Puerto Rico 00959
TELS. OFICINA: 786-8540 / 786-8067

NOMBRE Miguel Puello Fontana 07/20/01
DIRECCIÓN La Villa Square C/ FECHA
Edmundo C-15 Myrnan M.
R

Quemadura 8715, #2222
S + D, 14h

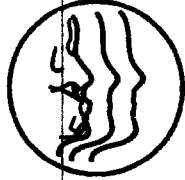


[Signature]

REG. NAR. - 02346 - DM - 5
B.N.D.D. - A 04907222
LIC. - 701

DM - 10737-5
BR - 3692971
LIC. 1997

DR. ANGEL M. OTERO VIER
DR. RAFAEL RAMIREZ DIAZ



CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Calle I -47
Urbanización Hermanas Dávila
Bayamón, Puerto Rico 00959
TELS. OFICINA: 786-8540 / 786-8067

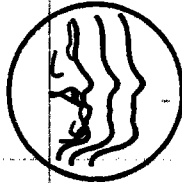
NOMBRE *Maria Rosa Chaparro*
DIRECCION *Calle Bella Esperanza c/ Salmeron* FECHA *07/11/06*
C-15 Bayamon, P.R.
R

tylenol + ceflex # 4 #2000.
Ex - T. ad g 4-6

[Signature]
REG. NAR. - 02346 - DM - 5
B.N.D.D. - A 04907222
LIC. - 701

[Signature]
DM - 10737-5
BR - 3692971
LIC. 1997

DR. ANGEL M. OTERO VIERA
DR. RAFAEL RAMIREZ DIAZ



CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Calle I -47
Urbanización Hermanas Dávila
Bayamón, Puerto Rico 00959
TELS. OFICINA: 786-8540 / 786-8067

NOMBRE

Myron Ruelas

DIRECCION

Apt. 111

FECHA

07/11/26

R

Pen Vnk 100g #110
Sy + 10612

Defied

REG. NAR. - 02346 - DM - 5
B.N.D.D. - A 04907222
LIC. - 701

DM - 10737-5
BR - 3692971
LIC. 1997

DR. ANGEL M. OTERO VIERA
DR. RAFAEL RAMIREZ DIAZ



CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Calle I - 47
Urbanización Hermanas Dávila
Bayamón, Puerto Rico 00959
TELS. OFICINA: 786-8540 / 786-8067

NOMBRE

DIRECCIÓN

FECHA

Miguel A. Rullon Fontenot
Calle España C/ 15
Soleluna C-15 Bayamón PR
R

① Amparos # 6 Ad.
S: 12h.

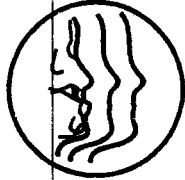
② Pericard r/3+5, # 8 Ad.
S: 6h for intubation
(do not drive while any bar)

Deed

REG. NAR. - 02346 - DM - 5
B.N.D.D. - A 04907222
LIC. - 701

DM - 10737-5
BR - 3692971
LIC. 1997

DR. ANGEL M. OTERO VIEI
DR. RAFAEL RAMIREZ DIAZ



CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Calle I -47
Urbanización Hermanas Dávila
Bayamón, Puerto Rico 00959
TELS. OFICINA: 786-8540 / 786-8067

NOMBRE

Rafael Ramirez Diaz

DIRECCION

Bayamón

FECHA

10/16/00

R

*Reclamo maxil. war
Alto del voluntario B.T.*

REG. NAR. - 02346 - DM - 5
B.N.D.D. - A 04907222
LIC. - 701

DM - 10737-5
BR - 3692971
LIC. 1997

DR. ANGEL M. OTERO

DR. RAFAEL RAMIREZ DIAZ



CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Calle I #47,
Urbanización Hermanas Dávila
Bayamón, Puerto Rico 00959
TELS. OFICINA: 786-8540 / 786-8067

05/16/05

Extensada Dra. Delany:

Paciente Miguel Puello con dolor
interno de # 25 y no le interna
externa.

agredido en emergencia, procedimiento
de Dr.

el tubo bucal de extracción de
pueda de # 27 luego de extraído.

También tubo bucal de Mylenputty.

Atendido
Dr. R.

Nombre: Miguel Rueda

Record # _____

FECHA

HOJA DE PROGRESO

01/11/04 Para leer con el Jefe C.M. The Ludwig
RAC 3/11/04

D.R.

11/03/04 Paciente esta muy tranquilo y bien en su
primera fase de recuperación.

D.R.

05/16/05 Dado que #25 parece estar bien
centro de Eula M.

D.R.

07/20/05 Eula y su familia en una de las salas
en A.D. que están bien y me han
hecho la impresión de 30 min.

D.R.

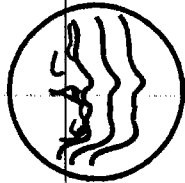
07/26/05 Paciente delirando por la noche
baja de una habitación de la sala
y se dio por.

D.R.

02/22/06 Paciente le dieron el oxígeno suplementario y se le da
en la cama para tenerlo a la vista. El delirio se
reanuda a la orden de Eula.

D.R.

DR. ANGEL M. OTERO VIERA
DR. RAFAEL RAMIREZ DIAZ



CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Calle I -47
Urbanización Hermanas Dávila
Bayamón, Puerto Rico 00959
TELS. OFICINA: 786-8540 / 786-8067

NOMBRE

Miguel Aullon

DIRECCION

Bayamón, PR

FECHA

06/15/06

R

Pan Uuk ruy #2162

Sy i Bgsh

S

[Signature]

REG. NAR. - 02346 - DM - 5
B.N.D.D. - A 04907222
LIC. - 701

[Signature]

DM - 10737-5
BR - 3692971
LIC. 1997

Nombre: Miguel Ruliva
 Record #

FECHA

HOJA DE PROGRESO

06/11/06

Revisado en casa de Miguel Ruliva
 y se le dio el medicamento en la casa de Miguel Ruliva

W/10

FARMACIA GRACIELA

Calle B Brique 39 A * 16 Bayamon P.R. 00961

03/14/2007

RULLAN FONTANET MIGU

SALAMANCA C 15 VILLA ESPANA
Bayamon

No. Rx	Product	NDC	Health Plan	Mer Qty	Pat. Pay	Sale Price	Fecha Venta
409233	DEXAMETHASONE, 4	49884008701	CAS	40	.00	6.00	09/29/2003
412506	DEXAMETHASONE, 4	49884008701	CAS	40	.00	6.00	11/03/2003
412507	NEXIUM, 40	00186504031	CAS	0	.00	.00	11/03/2003
415829	AMOXIL, 500 MG	00029600730	CAS	12	.00	3.00	12/08/2003
427413	DEXAMETHASONE, 4	49884008701	CAS	40	.00	8.00	03/30/2004
427414	RANITIDINE HCL, 150	00781188310	CAS	60	.00	6.00	03/30/2004
434345	Q-BID DM, 600/30	00603554221	CAS	10	.00	2.50	06/07/2004
434346	DIPROLENE, 0.05	00085096201	CAS	30	.00	55.00	06/07/2004
434347	TRANSDERM SCOP, 1.5	00067434504	CAS	2	.00	18.00	06/07/2004
438336	DIMENHYDRINATE TABLET, 50	00067434504	CAS	24	.00	2.40	07/14/2004
444221	AMOXICILLIN/CLAVUNATE 875/125M	00093227534	CAS	14	.00	49.00	09/08/2004
455160	TANNIC-12 TAB, 60MG/5MG	60258030301	CAS	15	.00	12.50	12/15/2004
455161	MUCO-FEN DM, 1000-60	59310011410	CAS	15	.00	15.00	12/15/2004
485375	CHEORHEXIDINE GLUCONATE, 0.12	00093001416	CAS	473	.00	4.50	08/18/2005
485376	AMOXICILLIN/daylaugm 875/125M	00093227534	CAS	14	.00	35.00	08/18/2005
490029	DAFLONEX 600MG TAB	53809030701	CAS	15	.00	6.00	09/23/2005
490030	NEURIN-SL TAB	53879020210	CAS	15	.00	7.50	09/23/2005
498161	AMBIEN, 10	00024542131	CAS	15	.00	31.00	11/30/2005
499244	AMBIEN, 10	00024542131	CAS	10	.00	34.00	12/08/2005
506205	AMOXICILLIN 500	60304065505	CAS	21	.00	5.25	02/09/2006
Totals	20 Prescriptions				\$0.00	1325.65	

Cell 11

Call padroom office
(787) 786-3538

For Foscurva
Ladiboude
2002

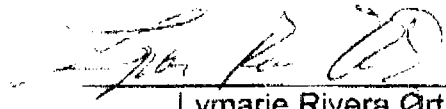
(787) 786-7194

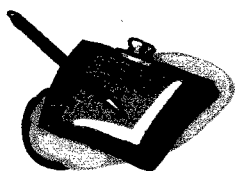
FARMACIA GRACIELA
AVE. NORTH MAIN ESQ. WEST MAIN
URB. SIERRA BAYAMON
BAYAMON, PR 00961.

03/16/2007.

Para: Lyl Padilla
Asunto: Caso Miguel a. Rullan-Fontanet
Paginas (incluyendo la inicial): 2

La presente es para notificarles que la informacion enviada es la unica que aparece en su expediente ya que el sistema de computadora se adquirio hace aproximadamente cuatro años. Todo medicamento despachado anterior a esa fecha o por maquinilla no aparece en ese expediente. Gracias anticipadas.


Lymarie Rivera Ortiz
Farmaceutica



**UNIVERSITY OF PUERTO RICO
MEDICAL SCIENCES CAMPUS
SCHOOL OF DENTISTRY
ASSISTANT DEAN FOR CLINICAL AFFAIRS
TEL. (787) 758-2525 EXT. 1117
FAX**

**TO : LIYI PADILLA, ASISTENTE LEGAL DE EDUARDO RODRIGUEZ
KIM, PARDY & RODRIGUEZ, P.A.
230 EAST MARKS STREET
ORLANDO, FLORIDA 32803**

FAX : (407) 481 7939 TEL. (407)481-0066

**FROM : DR. HECTOR L. QUESADA, ASSISTANT DEAN
FOR CLINICAL AFFAIRS**

*By: [Signature]
Secretary*

DATE: MARCH 20, 2007

FAX : (787) 766-0757 TEL. (787) 758-2525 ext. (1) 1117

REFERENCE PATIENT MIGUEL A. RULLAN FONTANET

EN CONVERSACION TELEFONICA QUE TUVE CON USTED HOY 20 DE MARZO DE 2007, LE INDIQUE QUE ESTUVIERON BUSCANDO EL EXPEDIENTE DEL SR. RULLAN, PERO EN LA ESCUELA DE ODONTOLOGIA NO HAY EXPEDIENTE DE ESTE PACIENTE. USTED ME DIJO QUE LA HIJA DEL SR. RULLAN MENCIONO QUE LO HABIAN ATENDIDO EN LAS CLINICAS DE CIRUGIA ORAL MAXILOFACIAL EN EL CENTRO MEDICO, ASI QUE LE OFRECI LOS TELEFONOS DE ESA CLINICA PARA QUE USTEDES SOLICITEN EL RECORD DEL PACIENTE EN EL CENTRO MEDICO.

Nrm-ZIP I



UNIVERSITY OF PUERTO RICO
MEDICAL SCIENCES CAMPUS
SCHOOL OF DENTISTRY
SAN JUAN, PUERTO RICO 00936

322

DATE 2-15-06

AGE 80

NAME

Miguel Pullan

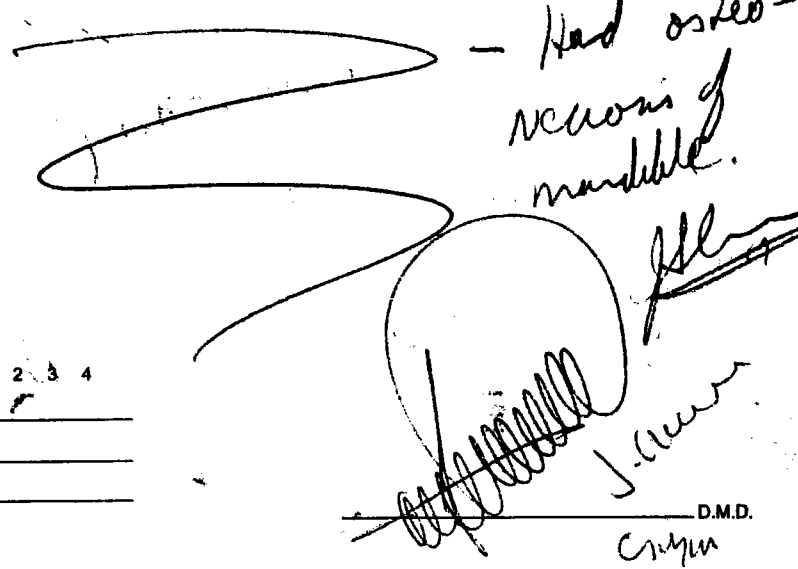
ADDRESS

Rx

R105250

①, Maxillofacial CT
axial
coronal
w/o contrast

- Had osteo-
necrosis of
mandible.



[Signature]
D.M.D.
Crym

REFILL 0 1 2 3 4

DEA No. _____

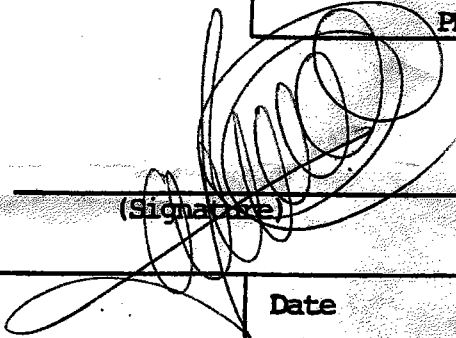
DM No. _____

PR Lic. No. _____

UNIVERSITY OF PUERTO RICO
MEDICAL SCIENCES CAMPUS
SCHOOL OF DENTISTRY
G.P.O. BOX 5067, SAN JUAN, P.R. 00936

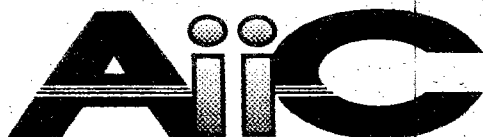
Feb 8/06
Chief resident
Heronimus
Jorg

CONSULTATION-REFERAL REPORT

Patient Identification: Name <i>Miguel Pellan</i>	Record No.	Age <i>81</i>	Sex
C-R TO: <i>Rodriguez</i>	C-R FROM: <i>OMFS</i>		
REQUEST: Reason for Requested Consultation <i>Favor de Sacer</i> <i>Panorex</i>			Date Time AM PM
			(Signature) 
CONSULTANT: Findings and Recommendations			Date Time AM PM
			(Signature)

Please return completed form to the referring doctor at the School of Dentistry,
University of Puerto Rico.

CONSULTATION-REFERAL REPORT



Advanced
Imaging
Interventional
Center

Name: RULLAN FONTANET, MIGUEL A.

Date: 02/22/2006

Address: BAYAMON, PR

Age: 80 YRS

Referring Physician: DR. ANABELA HERRERA

Sex: M

C.T. OF FACIAL BONES (MANDIBULAR DENTASCAN)

Technique:

Computed tomography of the mandibular bone was performed utilizing a GE LightSpeed 16 system using 1mm slices. Reformatted panorex and cross sectional views were obtained by DentaScan software on a dedicated imaging workstation.


Findings:

MANDIBULAR BONE:

The right mandibular body up to the left premolar area shows hyperdense medullary bone compared to the left posterior area of the left posterior area of the mandible. This can be compatible with normal trabeculation patterns of bone, however, a fibrosseous process cannot be excluded since there is history of a mandibular mass. There are no expanding or eroding lesions noted on the mandibular bone. There is partial edentulism on both posterior regions of the mandible. There is periodontal bone loss on remaining teeth.


RENE DIETRICH TRIGO, DMD
Dentascan Consultant

RDT/mcs


DELFIN BERNAL-ECHEANDIA, MD
Director

35759

NOMBRE

REC

DR. ANGEL M. OTERO VIERA

Calle 1 #47 Hnas Dania
Bayamon, P.R. 00858

TEL. 786-8540

CEL. 448-0200

FECHA

HR.

FECHA

HR.

FECHA

HR.

DE NO PODER ASISTIR FAVOR CANCELAR, EN LAS PROXIMAS 24 HORAS

Miércoles 27-filio-05
7:00 am

Sala Emergencia
Centro Medico

Hecho con Dr. Salazar
Cirujano y Morisfaciel

DR. ANGEL M. OTERO VIERA
DR. RAFAEL RAMIREZ DIAZ



CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Calle I #47
Urbanización Hermanas Dávila
Bayamón, Puerto Rico 00959
TELS. OFICINA: 786-8540 / 786-8067

786-8540 08/27/04
786 8067

Estimada Dra. Carmen

Don Miguel es el paciente del cual
le hablo. Le remaneció el #20 hace
dos meses y no ha cicatrizado bien
porque está infectado. Hay material

Dr. Moreno.

agradecido por su atención y por su tr.

Atentamente,

Dr. Moreno

DR. ROBERTO PACHECO-VÁZQUEZ
CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
AVE. AGUAS BUENAS, BLQ. 20 # 42-A
URB. SANTA ROSA, BAYAMON, P.R. 00959

TELEPHONE 786-3538

8/19/04.

cc: Miguel Bullán Fontana

79410

Chief Resident

AMS Clinic
PRMC

Dear Sir:

Shirley, comes to my office for
management of infected lesion in (R)
lower mandible 20 & dental x-rays
He of multiple myeloma in chemo therapy.

Dr. Moreno. Please my elixirs.

Please Manos,

Frank
J. J.

CENTRO MEDICO DE PUERTO RICO
División de Clínicas Externas

Solicitud de Cita

☐ REVISITA ☐ CONSULTA ☐ ALTA

CLINICA

OS

FECHA

8/30/04

ESTO NO ES UNA CITA

FAVOR DE CONCEDER CITA PARA LA CLINICA DENTRO DE

verse hoy

☐ DIAS

☐ SEMANAS

☐ MESES

Abrir record

Firma del Médico

M.D.

INFORMACION DE RAYOS X

☐ ENVIAR PLACAS ANTERIORES

☐ SE ORDENO NUEVA PLACA

FAVOR DE PASAR POR EL AREA DEL "COUNTER" DONDE LE DARAN UNA CITA.

ADMINISTRACION DE SERVICIOS MEDICOS DE PUERTO RICO
DIVISION DE CLINICAS EXTERNAS

CITA A PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

☐ OFTALMOLOGIA ☐ DERMATOLOGIA ☐ UROLOGIA ☒ CIRUGIA ORAL

TIPO DE PROCEDIMIENTO:

TIEMPO ESTIMADO PARA LA CITA:

☐ DIAS

☐ SEMANAS

☐ MESES

verse hoy

INSTRUCCIONES DEL PROCEDIMIENTO:

1. Evaluacion inicial

2.

3.

8/30/04

FECHA

FIRMA DEL MEDICO

Salva Emergencia
Abrir record y enviar clinica Vascular

Ruellan Fontanet
Miguel A.

Chief Resident

Sept/2004

Dra Rosario Centro medico

347-5661

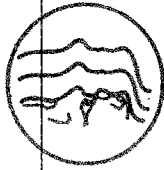
Fue la Dra y lo asistió la primera vez que lo llevaron a Cuba. Médico Depto de Maxilofacial. Estos doctores una vez terminan el internado se van a la practica privada.

DR. ANGEL M. OTERO VIERA

CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL

Calle I #47

Urbanización Hermanas Dávila
Bayamón, Puerto Rico 00959



tel. 786-8540
197/ 786-8067

Dr. Otero
Dr. Otero

Carlos J. Chiesa Cede, M.D.

MEDICINA INTERNA
HEMATOLOGIA - ONCOLOGIA

Instituto Juan Pablo
Suñer 401
Calle 5th Cruz, No. 88
Carolina, Puerto Rico 00980
Tel. 786-1680 / 787-5045

Nombre: Alfred Herrera

P.O. Box 2331
Bayamon, Puerto Rico 00960
Tel. 786-1680 / 787-5045

DIRECCION

EDAD

FECHA

10/11/01

Rx / hemura Tq 6

3 / hemura Tq A

3 / CMR + dist / x platelets
count.

Dr. 203.0

Alfred Herrera M.D.

LIC. PR. 5761

DM

DEA